

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1916

---

THESE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Radu ARION**

Externe des Hôpitaux

---

**INDURATIONS FIBREUSES**

**des corps caverneux**

ACCIDENTS SYPHILITIKES TERTIAIRES

---

*Président : E. GAUCHER, professeur*

---

PARIS

PARIS

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI<sup>e</sup>)

---

1916

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

## PROFESSEURS

|                                                                         | MM.                 |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | NICOLAS             |
| Physiologie . . . . .                                                   | Ch. RICHET          |
| Physique médicale . . . . .                                             | WEISS               |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                           | DESGREZ             |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                  | BLANCHARD           |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .                         | ACHARD              |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | WIDAL               |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | TEISSIER            |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LEJARS              |
| Histologie . . . . .                                                    | PIERRE MARIE        |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | PRENANT             |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | AUGUSTE BROCA       |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | POUCHET             |
| Hygiène . . . . .                                                       | N.                  |
| Médecine légale . . . . .                                               | CHANTEMESSE         |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | N.                  |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | LETULLE             |
|                                                                         | ROGER               |
|                                                                         | DEBOVE              |
| Clinique médicale . . . . .                                             | LANDOUZY            |
|                                                                         | GILBERT             |
|                                                                         | CHAUFFARD           |
|                                                                         | HUTINEL             |
| Maladies des enfants . . . . .                                          | GILBERT BAILLET     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | GAUCHER             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | DEJERINE            |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | DELBET              |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | QUENU               |
|                                                                         | N.                  |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | HARTMANN            |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | DE LAPERSOANE       |
|                                                                         | LEGUEU              |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BAR                 |
|                                                                         | COUVELAIRE          |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                               | POZZI               |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        | KIRMISSON           |
| Hygiène clinique de la première enfance . . . . .                       | ALBERT ROBIN        |
|                                                                         | MARFAN              |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.       |                   |            |               |
|-----------|-------------------|------------|---------------|
| ALGLAVE   | GUILLEMIN         | LOEWER     | POUSSY        |
| BERNARD   | JEANNIN           | MAILLARD   | POUVIERE      |
| BRANCA    | JOUSSET (A.)      | MOCQUOT    | SAUVAGE       |
| BRUMPT    | LABBE (H.)        | MULON      | SCHWARTZ (A.) |
| CAMUS     | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX    | SICARD        |
| CASTAIGNE | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TANON         |
| CHAMPY    | LECENE            | OKINCZYC   | TERRIEN       |
| CHEVASSU  | LEMIERRE          | OMBREDANNE | TIFFENEAU     |
| DESMAREST | LENORMANT         | RATHERY    | VILLARET      |
| GOUGEROT  | LEQUEUX           | RETTIERER  | ZIMMERN       |
| GREGOIRE  | LEREBOLLETT       | RIBIERRE   |               |
| GUENIOT   | LERI              | RICHAUD    |               |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en prend pas donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis  
Chevalier de la Légion d'honneur



## PRÉFACE

---

Arrivé au terme de nos études médicales, tandis que l'Europe est à feu et à sang, bouleversée par la plus terrible guerre qui se soit jamais vue, nous avons le ferme espoir qu'en Roumanie le parti interventioniste finira par triompher et que notre patrie viendra se ranger sous peu aux côtés des Alliés pour lutter en faveur de la liberté des peuples et défendre le droit contre la barbarie.

Et c'est pourquoi nous avons tenu à présenter avant la fin de l'année scolaire cette thèse pour être prêt à mettre en pratique dans l'armée roumaine marchant au combat, les leçons si instructives que nous avons reçues au cours de nos différents stages dans les hôpitaux.

Mais auparavant, nous nous faisons un devoir d'adresser l'hommage de notre gratitude à tous ceux qui contribuèrent si largement à notre instruction médicale.

Nos remerciements iront d'abord à nos maîtres dans les hôpitaux : MM. les Drs Queyrat, Darier, Brocq, Thibierge. qui nous ont initié aux études si intéressantes de la dermatologie et de la syphilogra-

phie, sans oublier d'adresser un souvenir respectueux à la mémoire du Dr Jacquet.

M. le professeur Gaucher, en nous accueillant dans son service de clinique, a parachevé l'œuvre. Il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse dont il a bien voulu nous fournir avec le sujet quelques observations de sa clientèle ; qu'il reçoive ici le témoignage de notre reconnaissance.

Nous ne saurions oublier M. le Dr Bizard, médecin de Saint-Lazare et chef de clinique de M. le professeur Gaucher, qui ne nous a épargné ni les sages leçons, ni les excellents conseils au cours de l'année que nous avons passée à ses côtés dans le service.

Le 27 juin 1916

A. R.

---

# INDURATIONS FIBREUSES

## des corps caverneux

### ACCIDENTS SYPHILITIQUES TERTIAIRES

---

Les indurations fibreuses des corps caverneux ne constituent pas une question nouvelle. Si elles sont peu connues, elles ont été étudiées et décrites par la plupart des différents auteurs dans les ouvrages de syphiligraphie et les traités de maladies vénériennes. Mais si tous semblent d'accord dans la description qu'ils en donnent et les différentes complications qu'elles déterminent, bien peu arrivent à préciser leur étiologie et bâtissent des hypothèses intéressantes, mais qui ne sont nullement confirmées par l'anatomie pathologique.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre le problème de façon définitive, il faudrait pour cela avoir suivi pas à pas l'évolution de l'affection et s'appuyer sur toute une série d'autopsies, que malheureusement il ne nous a pas été donné de faire et qui resteraient incertaines en raison même de la rareté de ces lésions ; mais nous avons pu réunir quelques observations chez des spécifiques où ces accidents surviennent à un âge de la syphilis qui permettrait d'expliquer la présence même et le mode de formation de ces tumeurs particulières.

Nous allons donc reprendre cette étude et nous efforcer de montrer comment et pourquoi il nous semble nécessaire de rattacher certaines de ces néoplasies à celles de la syphilis tertiaire.

---

## HISTORIQUE

---

Monteggia, Boyer, Velpeau, avaient remarqué ces concrétions fibreuses des corps caverneux. Demarquay les désigne sous le nom d'indurations plastiques des tissus érectiles du pénis. Galligo les a signalées. Kirby en a cité quelques observations. Ricord, enfin, a attiré l'attention sur ces productions morbides et a décrit de façon imagée leurs complications.

Dans son *Traité pratique des maladies vénériennes*, Jullien en donne une description très nette et montre bien les déformations qu'elles déterminent dans l'érection. « Elles se présentent sous la forme de noyaux indurés du volume d'une noisette, généralement bornées à un seul côté de la verge, surtout vers son extrémité. Leur indolence absolue leur permettrait de se développer presque à l'insu du malade, n'étaient les troubles fonctionnels, dont elles s'accompagnent. On comprend, en effet, que les points néoplasiques ne peuvent suivre le reste du pénis dans son développement ; lors de l'afflux sanguin, la forme de l'organe à l'état d'érection devient irrégulière. C'est là un phénomène comparable à ce qui se passe dans la cordée, lorsque le canal du malade

est devenu inextensible. Il y a donc incurvation et le gland se dirige du côté lésé, soit en haut, soit en bas, ou par côté. »

Ce dernier point est inexact et nous montrerons tout à l'heure comment l'incurvation, antérieure ou latérale, ne se produit pas en bas. Jullien, d'ailleurs, n'a pas approfondi cette étude et il fait de ces lésions, des gommès des corps caverneux. Or, il s'agit d'indurations fibreuses et jamais ces noyaux n'évoluent vers la nécrobiose et l'ulcération, à la façon des gommès.

Dans un chapitre plus complet de son livre : *la Syphilis tertiaire et héréditaire*, Mauriac a repris la question qu'il traite avec ampleur et fournit plusieurs observations détaillées sous le titre de : *Sclérose du tissu érectile des corps caverneux*.

Mais contrairement à l'opinion adoptée jusqu'alors, il se refuse à croire que la syphilis puisse être cause de pareilles lésions.

« J'ai la conviction, écrit-il, que la syphilis n'intervient que très rarement dans l'étiologie de cette étrange affection. Et si je m'en rapportais à mon expérience personnelle, j'irais même plus loin et je dirais : la sclérose des corps caverneux n'est jamais syphilitique. »

Il reconnaît cependant qu'on trouve assez fréquemment, dans le passé des malades qui en sont atteints, des antécédents spécifiques remontant à une époque plus ou moins éloignée, mais déclare que cette affection n'a pas les caractères du syphilome

tertiaire, qu'elle ne coïncide pas avec la syphilis génitale, que presque jamais on ne peut saisir la moindre filiation directe entre elle et la syphilis, et il conclut que la blennorrhagie est la cause la moins problématique et la plus fréquente de la sclérose des corps caverneux.

C'est aussi à peu de chose près dans son *Traité de la syphilis*, la manière de voir de Fournier qui cependant laisse place au doute, beaucoup plus que Mauriac.

« Ces scléroses caverneuses, comme il les désigne, sont-elles bien de nature syphilitique ou même d'origine syphilitique ? On se le demande, et vraiment il est plus que permis d'en douter d'après tout un ensemble de raisons que voici :

« 1° C'est d'abord que ces singulières lésions n'évoluent pas à la façon des lésions syphilitiques, ne se conduisent pas à la façon des gommes. D'emblée elles sont ce qu'elles sont et resteront plus tard. D'emblée ce sont des scléroses qui persistent à l'état de sclérose. Jamais on ne les voit évoluer à la façon des infiltrats tertiaires, c'est-à-dire se ramollir, s'ulcérer, s'évacuer. Jamais on ne les voit perforer leur enveloppe et faire issue au dehors, ce que font par exemple les gommes testiculaires.

« 2° C'est en second lieu qu'elles sont presque invariablement insensibles à l'action des agents antisypilitiques. De l'aveu général, le mercure et l'iodure, même à des doses intensives, n'exercent sur

elles pour ainsi dire aucune action, du moins pour l'énorme majorité des cas.

« 3° C'est enfin qu'elles sont absolument identiques comme symptômes, comme évolution et comme incurabilité, à des lésions de même siège, qui se développent sur des sujets certainement indemnes de syphilis et dont la raison étiologique, quelle qu'elle soit d'ailleurs (arthritisme, goutte, diabète, blennorragie, traumatisme, sénilité, etc.), n'a rien à voir avec la syphilis. »

« Auquel cas il devient logique de se demander si les lésions en question, alors même qu'elles se développent sur des sujets syphilitiques, ne seraient pas pathogéniquement imputables à telle ou telle des causes que je viens de citer ? En d'autres termes, ne seraient-elles pas des lésions d'ordre vulgaire, indépendantes de la syphilis et en relation purement accidentelles avec la syphilis ?

« Problème encore non résolu quant à présent.

« Il serait cependant exagéré, je pense, de récuser à la syphilis toute participation à la genèse de ces tumeurs caverneuses. Plusieurs fois, en effet, le critérium thérapeutique a paru témoigner de la spécificité de ces lésions. »

Et Fournier termine en citant son bilan d'une trentaine d'observations, où le traitement n'a amené aucun résultat la plupart du temps, mais s'il n'a jamais eu de guérison complète, il a constaté cependant quelques cas d'amélioration non discutable, notamment sur deux de ses malades, chez lesquels

l'érection, sans redevenir normale, se rétablit toutefois de façon à permettre le coït, à tel point que l'un d'eux put par la suite contracter la blennorrhagie.

Dans son volume : *la Syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur*, M. le professeur Gaucher étudie rapidement la question et adopte les vues de Fournier. Il admet, en effet, que si généralement il s'agit d'une lésion indépendante de la syphilis, il peut se faire cependant que cette dernière joue dans la pathogénie de la sclérose des corps caverneux un rôle accessoire ou même principal.

Nous verrons d'ailleurs au cours de cette étude, en nous appuyant sur le même traité de M. le professeur Gaucher, non seulement comment on peut incriminer la syphilis dans la production de ces lésions, mais par quel processus elle peut arriver à ce résultat.

Mais, auparavant, nous allons refaire la description et décrire les complications de la sclérose des corps caverneux.

---

## SYMPTOMES. — ÉVOLUTION. — COMPLICATIONS

---

La sclérose des corps caverneux peut affecter différentes formes suivant qu'il s'agit de bandes scléreuses ou de noyaux fibreux. De beaucoup les plus fréquentes, ces masses fibreuses se présentent sous « l'aspect de nodosités d'une dureté ligneuse, ovales, en balles de revolver, allongées suivant l'axe de la verge », généralement enfouies au milieu même du tissu érectile des corps caverneux et que l'examen ne révèle que par la palpation, lorsque le malade vient consulter. Le volume de ces tumeurs peut varier de la dimension d'un noyau de cerise à celle d'une olive, atteignant parfois 3 à 4 centimètres dans leur plus grande longueur. La lésion peut se borner à un accident unique situé alors à la partie extrême de la verge immédiatement en arrière du gland, formant ainsi une masse d'ordinaire assez volumineuse, perceptible sous le sillon balano-préputial.

Plus souvent il s'agit de nodosités plus petites, égrenées en chapelet, limitées à l'un ou l'autre des corps caverneux, mais pouvant siéger des deux

côtés à la fois avec prédominance marquée de l'un des deux.

Non visibles sur le pénis à l'état de flaccidité, elles se limitent aisément par la pression entre le pouce et l'index qui peut ainsi apprécier leurs contours à travers la peau et les tissus mous qui les environnent.

Dans la plupart des cas, elles sont séparées les unes des autres par des intervalles de tissus sains présentant la consistance, la mollesse spéciale de la verge, d'autres fois, au contraire, elles sont réunies entre elles par une trame fibreuse donnant alors la sensation d'une plaque dure, d'une bande scléreuse qui peut s'étendre à tout le corps caverneux. Ceci, d'ailleurs, s'observe beaucoup plus rarement et nous n'avons pas eu l'occasion de le constater, mais quelquefois, comme le montre une de nos observations, il existe un noyau très dur et tout autour des infiltrations diffuses.

Ces formations scléreuses sont « enchâssées au milieu du tissu érectile comme un corps étranger et ne présentent aucune connexion habituelle ni avec l'urètre, ni avec le gland, ni même avec l'enveloppe albuginée des corps caverneux et à plus forte raison n'arrivent jamais à faire corps à la peau du fourreau. »

A noter que les lésions scléreuses occupent de préférence les couches les plus superficielles du tissu érectile des corps caverneux tendant à se rappro-

cher de la membrane d'enveloppe sans cependant y être adhérente dans la majorité des cas.

Absolument indolente, même à la pression la sclérose des corps caverneux ne donne jamais lieu à aucun phénomène inflammatoire.

Elle prend naissance de façon insidieuse sans déterminer aucun trouble subjectif, ni apporter aucune modification à l'aspect extérieur de la verge au repos.

Il n'en est plus de même lorsque se produit l'érection, et c'est seulement d'ordinaire que l'attention du malade est attirée sur les lésions qui le déterminent à aller consulter.

S'il est impossible alors au médecin de constater les symptômes, ceux-ci sont décrits de façon très précise par les malades, très impressionnés par les divers troubles qu'ils ont remarqués. C'est qu'alors en effet apparaissent les déviations ou incurvations que Ricord qualifiait plaisamment de *strasbisme de la verge*.

Les inflexions peuvent être de divers ordres, et affecter différentes formes suivant la disposition et le nombre de ces nodi fibreux.

Cependant, sans qu'il soit possible d'en donner une explication plausible et bien que signalées par Jullien, ces déviations ne se produisent jamais de haut en bas. *A priori* on saisit mal pourquoi, mais le fait a été constaté par la plupart des auteurs qui n'ont jamais vu la verge se diriger en oblique et en bas au-dessous d'un plan horizontal passant par sa base. Et c'est précisément ce qui distingue les déviations

de la sclérose caverneuse de celle de la blennorrhagie aiguë où l'urétrite peut entraîner une déformation en arc à concavité inférieure.

Au contraire, les incurvations dont il s'agit s'effectuent d'ordinaire latéralement et quelquefois en haut et en avant, accentuant l'incurvation naturelle de certains pénis en érection. Parfois même cette courbure est encore beaucoup plus prononcée et dans un cas rappelé par Ricord, la verge en s'érigeant prenait la forme d'un anneau presque complet.

Les inflexions dans le sens latéral sont les plus fréquentes. Suivant que l'un ou l'autre des corps caverneux est atteint, la déviation a lieu obliquement à droite ou à gauche et se produit au niveau du point sclérosé, l'axe restant à peu près rectiligne. Si les nodi sont multiples et symétriques, il se produit alors toute une série de formes impossibles à décrire et excessivement variables suivant la disposition des lésions : « Il en résulte alors, dit Mauriac, des ondulations latérales et antéro-supérieures, des encoches nombreuses, des torsions obliques, des déviations mixtes., etc, la verge est véritablement déformée en tire-bouchon. »

Il est à remarquer, d'ailleurs, que ses déformations sont d'autant plus prononcées que les masses scléreuses se trouvent plus rapprochées de la base des corps caverneux. Alors que la déviation est souvent peu sensible, lorsque la tumeur unique siège près du gland, elle devient beaucoup plus manifeste quand les nodi se groupent près de la racine de la verge.

Si parfois dans, le premier cas, il arrive que le pénis se coude derrière le gland, presque à angle droit, c'est un fait rare, tandis que dans le second, il est fréquent de voir la verge complètement déviée, venir se fixer pendant l'érection dans l'une ou l'autre région inguinale.

Il est d'ailleurs aisé de comprendre ce qui se passe au moment de l'éréthisme pénien. Les alvéoles du tissu érectile se remplissent de sang, uniformément, sur toute la longueur des corps caverneux ; il y a alors turgescence normale de l'organe qui prend une direction oblique de bas en haut en restant dans le plan médian du corps.

Mais si certains points du tissu érectile arrivent à être oblitérés par la sclérose, ils deviennent imperméables à l'afflux sanguin et par là même incapables de se dilater et de suivre les parties saines dans l'érection. Il se produit donc à ce niveau un obstacle à la tension des tissus environnants et l'équilibre étant rompu, le fléchissement se produit en ce même point et la courbure se dessine.

Elle s'accompagne d'ailleurs d'une diminution du volume de la verge au point sclérosé, faisant paraître beaucoup plus grosses les portions situées en arrière.

La sclérose caverneuse n'apporte aucune complication ni du côté de la vessie ni du côté des testicules. Respectant toujours le tissu spongieux de l'urèthre qu'elle n'atteint jamais, de même que le gland, elle n'empêche ni l'émission de l'urine, ni même celle du sperme, dont le passage cependant pourrait

peut-être éprouver quelques difficultés lorsque les déviations de la verge sont très accentuées ou qu'il existe une inflexion à angle droit formant ainsi obstacle à l'éjaculation.

Cependant, par leur volume, par leur nombre surtout, les nodi fibreux entraînent un affaiblissement de la rigidité pénienne, pouvant même déterminer un certain degré d'impuissance.

Mais cet accident est généralement rare et ne se produit que tardivement, lorsque les lésions sont très étendues et multiples. Bien au contraire, d'autres troubles fonctionnels, et ceux-là très importants, peuvent apparaître avec le début de la sclérose et entraîner des complications graves ainsi que nous allons le voir.

Si, parfois, en effet, les déformations de la verge pendant l'érection sont peu marquées et altèrent à peine l'exercice des rapports sexuels, d'autres fois, « elles les interdisent absolument par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à l'intromission ».

On s'explique facilement l'état du malheureux malade hanté par des désirs qu'il ne peut satisfaire et qui lui font subir un véritable supplice de Tantale. De là la neurasthénie et les troubles psychiques qu'engendre cette affection.

« Car, dit Mauriac, la virilité se trouve, en outre, dans bien des cas, *frappée moralement*. Ce n'est pas alors l'instrument seul qui est défectueux, mais la force nerveuse qui la met en action. Ce collapsus, cette défaillance sont causés peu à peu par le chagrin, la

morosité et même le désespoir qui s'emparent des malades quand ils voient leur verge subir de jour en jour des déformations de plus en plus gênantes. Le sentiment qu'une pareille affection est trop ridicule pour ne pas prêter à rire, blesse au vif l'amour-propre de certains malades et les fait tomber dans l'hypochondrie la plus noire. »

C'est seulement par cette voie indirecte, que la sclérose caverneuse peut avoir quelque influence sur l'état général des malades qui deviennent ainsi des névropathes difficiles à guérir.

La sclérose des corps caverneux, heureusement, se rencontre le plus souvent chez des hommes âgés, et certains en prennent leur parti et arrivent à ne plus s'en préoccuper. Cependant, nous avons eu l'occasion d'observer cette affection chez des hommes très jeunes (une de nos observations montre un malade chez qui le premier point sclérosé est apparu à l'âge de trente-quatre ans, un malade de Mauriac avait vingt-deux ans et demi lorsqu'il constata les premiers troubles) et nous pensons que lorsqu'il s'agit de syphilitiques, le début des accidents peut survenir à un âge d'autant moins avancé que la contamination a été plus précoce. En d'autres termes si, comme nous allons le voir, ces nodi fibreux peuvent être considérés étiologiquement comme des accidents de syphilis tertiaire, le malade pourra les voir survenir à une date à peu près en rapport avec le début de sa syphilis ou autrement dit, à une époque où apparaissent d'ordinaire les accidents tertiaires.

## ÉTIOLOGIE

---

Comme nous l'avons vu, les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'étiologie de la sclérose des corps caverneux. Les uns accusent le traumatisme et Cruveilhier cite une observation où la verge avait été fortement pressée et tordue pendant l'érection. Il se produirait alors un petit épanchement sanguin qui s'effectuerait dans le tissu érectile des corps caverneux et dont la cicatrisation entraînerait la formation d'un tissu cicatriciel plastique. Si cette hypothèse pouvait justifier l'existence d'un seul noyau, elle est incapable d'expliquer le développement progressif de plusieurs nodi.

D'autres en font une conséquence de la sénilité. D'après M. Tuffier, ces indurations ne seraient que l'exagération d'une modification normale à cet âge, dans l'épaisseur de la membrane fibreuse d'enveloppe ou de la cloison médiane.

Ricord fait provenir la sclérose des corps caverneux d'une phlébite plastique : les aéroles s'oblitéreraient peu à peu et le tissu fibreux succéderait à l'exhalation plastique et s'organiserait de manière à

faire obstacle à la pénétration du sang dans les points des corps caverneux où il existe.

L'hypothèse de phlébite peut être à juste titre envisagée, les aréoles du tissu érectile étant un terrain essentiellement favorable aux phénomènes d'embolie et de thrombose.

Mauriac se refuse à admettre cette théorie, il soutient que le processus insidieux du développement de la sclérose des corps caverneux ne s'accompagne pas des phénomènes inflammatoires qu'on rencontre dans les phlébites. Tout au plus cette hypothèse pourrait-elle s'appliquer à certains cas dans lesquels l'affection débute par des symptômes inflammatoires assez nets, mais ils sont extrêmement rares. La physionomie générale des lésions donne-t-elle d'ailleurs l'idée d'une phlébite ? Non assurément, car il y a là un travail très lent, qui implique l'idée d'une métamorphose dans laquelle l'inflammation ne joue qu'un rôle très effacé.

Mauriac pense donc, avec Van Buren et Keyes, que la sclérose caverneuse « est produite par une inflammation chronique d'une espèce particulière, s'emparant de certains points du tissu érectile et ayant pour résultat d'épaissir, de durcir les minces parois des aréoles, de remplir préalablement leurs cavités d'une exsudation fibreuse, de façon qu'elles ne peuvent plus être détendues par le sang, pendant que s'opère la turgescence du reste de l'organe ».

Et sans d'ailleurs s'étendre sur la pathogénie et se basant surtout sur la prédominance numérique de

blennorrhagies antérieures chez les malades qu'il a eu l'occasion d'examiner, il conclut que la blennorrhagie est la cause la moins problématique et la plus fréquente de la sclérose des corps caverneux.

Mauriac donne des observations très complètes et très détaillées. On y voit mal les rapports de cause à effet qui pourraient exister entre l'inflammation du canal urétral et la sclérose des corps caverneux. N'ayant eu l'occasion, d'observer l'affection qui nous occupe que chez des spécifiques, nous ne discuterons pas davantage la théorie de Mauriac, mais nous dirons que son opinion n'est plus justifiée, lorsqu'il prétend qu'on ne peut jamais saisir la moindre filiation directe entre la syphilis et la sclérose des corps caverneux.

Celle-ci, il est vrai, coïncide rarement avec d'autres accidents de syphilis génitale. Il est très juste aussi de dire qu'on ne l'a jamais vue s'accompagner de sarcocèle syphilitique ou d'autres manifestations syphilitiques voisines. Mais est-ce là une preuve suffisante ?

En outre, le fait que l'affection résiste aux mercuriaux et à l'iodure de potassium, prouve-t-il que la syphilis n'intervient jamais dans sa production ?

A la vérité, ces affirmations nous paraissent tout au moins un peu hasardées et nullement démontrées.

Nous n'en sommes plus à la conception de Ricord et il est certain que les nodi fibreux des corps caverneux n'évoluent pas vers la nécrobiose, qu'à aucun moment de leur évolution il ne se produit de fonte,

ni d'ulcération, qu'ils sont essentiellement fibreux, qu'ils augmentent de dimensions, mais qu'ils ne subissent aucune modification, que la plupart du temps le traitement mixte est impuissant à les faire disparaître complètement, qu'en un mot il est impossible de les confondre avec des gommés.

Mais est-ce bien là l'unique manifestation de la syphilis tertiaire ; la gomme est-elle le seul syphilome tertiaire ?

Si nous prenons *le Traité de la syphilis* de M. le professeur Gaucher, tome I : *le Chancre et les syphilides*, nous y trouvons ceci :

« D'autres lésions syphilitiques débutent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou interstitiel et constituent les néoformations syphilitiques proprement dites. Ce sont toutes des productions localisées, primitivement périvasculaires comme toutes les néoplasies d'origine infectieuse, et formées par la prolifération du tissu conjonctif. Cette prolifération est de nature irritative et déterminée par l'action du virus syphilitique sur un territoire vasculaire.

Les néoformations syphilitiques sont en effet primitivement constituées par une accumulation de cellules embryonnaires. Quand la néoplasie est formée, les éléments embryonnaires peuvent suivre deux évolutions différentes : *l'évolution conjonctive et scléreuse*, et la nécrobiose.

*Dans le premier cas les éléments embryonnaires aboutissent à la formation du tissu conjonctif adulte. Les noyaux deviennent des cellules, les cellules*

*donnent naissance à des fibres qui, en se massant sous forme de faisceaux, fibreux finissent par constituer un tissu de sclérose.*

Dans le deuxième cas, les cellules néoformées se nourrissent insuffisamment, parce qu'elles sont accumulées et pressées les unes contre les autres en nombre trop considérable. Elles subissent alors un processus cadavérique, qui aboutit à la nécrobiose, au ramollissement, à la destruction des éléments cellulaires. Cette évolution caractérise la gomme. Dans l'un et dans l'autre cas, c'est autour d'un vaisseau que la lésion débute, c'est la paroi vasculaire qui est le point de départ de la néoformation pathologique.

« En d'autres termes et en résumé, toutes les néoplasies syphilitiques sont constituées primitivement par une accumulation d'éléments embryonnaires autour d'un vaisseau et résultent de l'irritation de la paroi vasculaire et du tissu périvasculaire par l'agent virulent de la syphilis. Suivant que la nutrition des éléments proliférés est parfaite ou imparfaite, l'évolution se fait soit vers la sclérose, soit vers la nécrobiose, c'est-à-dire la gomme. *Il existe des néoplasies spécifiques qui sont exclusivement scléreuses et d'autres exclusivement gommeuses.* »

Cette distinction des deux formes scléreuse et gommeuse de la syphilis tertiaire et l'explication de leur différent processus pathogénique, ne viennent-elles pas éclairer d'un jour singulier la question jusqu'ici si obscure de la sclérose caverneuse, et peut-on nier

que la syphilis puisse avoir une filiation directe avec la production de la sclérose du tissu érectile des corps caverneux, lorsqu'on l'observe chez des spécifiques ?

Tout d'abord, il faut remarquer chez tous les malades dont on a cité des observations dans les différents traités, de même que chez les individus que nous avons examinés personnellement, que l'apparition de ces nodi fibreux est bien en rapport avec l'âge de la syphilis du malade et correspond bien avec la période habituelle des accidents tertiaires. Cette date d'apparition est d'ailleurs très variable.

On sait que la délimitation en périodes secondaire ou tertiaire des différentes périodes de la syphilis est très élastique et bien peu réelle, et qu'au cours de la maladie les divers accidents peuvent apparaître à des stades très différents de l'évolution classique. Ce fait est aussi réalisé par la sclérose des corps caverneux, puisqu'on a vu des nodi fibreux survenir huit mois après le chancre (obs. de Mauriac) ; d'autres fois la sclérose ne s'est manifestée que vingt-neuf ans après les accidents de début d'une syphilis certaine. Mais jamais cette affection n'a été observée coïncidant avec l'accident initial et c'est généralement dix ans après le chancre ou la roséole qu'elle manifeste ses premiers symptômes, quand la syphilis est reconnue et avouée.

Notons également, en passant, que chaque fois qu'elle atteint d'anciens syphilitiques, cette sclérose est survenue chez des malades irrégulièrement ou insuffisamment traités.

D'autre part, si nous reprenons l'étude de M. le professeur Gaucher sur l'évolution anatomo-pathologique des lésions dues à la syphilis tertiaire, nous trouvons plusieurs raisons de justifier notre hypothèse. Non seulement la syphilis peut produire des néoplasies exclusivement scléreuses, mais ces formations se constituent de préférence aux gommes chaque fois que la nutrition des éléments proliférés est parfaite, alors qu'au contraire elles évoluent vers la nécrobiose, la fonte et l'ulcération, chaque fois que les cellules néoformées se nourrissent insuffisamment et qu'elles ne peuvent plus dès lors se transformer en faisceaux fibreux qui constituent un tissu de sclérose définitif.

Or, est-il un tissu plus largement, plus abondamment irrigué que le tissu érectile des corps caverneux, et pourquoi refuser d'admettre que mieux que partout ailleurs, le virus syphilitique peut produire là une irritation des parois vasculaires, d'où résulte l'accumulation d'infiltrats embryonnaires qui vont donner lieu à la prolifération du tissu conjonctif.

Comme nous le disions au début, nous ne pouvons pas malheureusement appuyer nos dires sur des autopsies qui auraient pu apporter une confirmation définitive, mais il n'existe pas à notre connaissance d'observations de gommes ulcérées des corps caverneux, ce qui tendrait à prouver que le processus irritatif de l'agent syphilitique sur le terrain largement vascularisé du tissu érectile des corps caverneux ne peut aboutir qu'à la formation de faisceaux fibreux

sans jamais évoluer jusqu'à l'ulcération et à la nécrobiose, et nous voyons au contraire l'existence de gommes péri-caverneuses, rares mais bien connues cependant, qui, contractent des adhérences avec la face externe de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux, mais, n'arrivent jamais à envahir sa surface interne ni à gagner le tissu profond de ces mêmes organes.

En définitive il nous paraît parfaitement justifiable de rapporter à la syphilis la sclérose des corps caverneux apparaissant chez certains malades dont la spécificité est avouée. Chez les autres, en l'absence de tout antécédent, ou tout autre accident pouvant expliquer ces lésions, il sera très intéressant de faire une réaction de Wassermann.

---

## DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

---

La sclérose des corps caverneux est d'un diagnostic facile. L'attention du malade est attirée par les déformations de la verge pendant l'érection. Il vient consulter, et s'il n'est pas possible au médecin, et pour cause, de constater lui-même les troubles fonctionnels ; il percevra aisément par la palpation, la pression du pénis entre le pouce et l'index, les nodosités, plaques ou bandes scléreuses d'une consistance dure, chondroïde, ligneuse, facile à différencier du tissu spongieux et mou des corps caverneux flaccides.

Quant au pronostic, s'il ne comporte aucune gravité en soi, il est cependant sérieux en ce sens que l'affection guérit rarement, et en raison des complications psychiques dont elle s'accompagne bien souvent. Il faudra se rappeler que loin de rester stationnaires, les lésions peuvent augmenter de volume et de nombre et qu'elles peuvent arriver à mettre un obstacle définitif aux rapports sexuels, enfin que cet obstacle sera d'autant plus inévitable que les tumeurs siègeront plus près de la base de la verge. Il faudra en outre tenir compte de la neurasthénie et de la névropathie hypocondriaque qui sont le résultat de ces accidents.

## TRAITEMENT

---

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question de la sclérose des corps caverneux ont beaucoup insisté sur le fait que le traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium n'amenait aucun résultat.

Il faut en effet reconnaître que même prolongé, le traitement échoue la plupart du temps. Quelquefois même, malgré un traitement intensif, les lésions progressent, augmentent de nombre et de dimensions, et le malade désespéré vient rendre compte au médecin de ce qu'il voit chaque jour augmenter déviation et déformation.

Cependant, il arrive aussi que les accidents, s'ils ne disparaissent pas complètement, subissent une sorte de régression, les nodi fibreux diminuent de volume et il s'ensuit une amélioration telle qu'elle permet les rapports sexuels jusque-là impossibles. Fournier n'a-t-il pas cité quelques observations justifiant l'emploi des sels de mercure, dont l'une particulièrement intéressante nous montre un malade qui après quelques années a pu contracter à deux reprises la blennorrhagie.

M. le professeur Gaucher lui-même a bien voulu nous fournir quelques observations de sa clientèle particulière et est parvenu à l'aide du traitement mixte, à obtenir dans deux cas une amélioration très nette.

Mais même si le traitement antisypilitique n'agit pas, est-ce à dire qu'il faille trouver là un argument pour nier la possibilité de l'origine syphilitique dans la sclérose des corps caverneux et l'échec du mercure et de l'iodure de potassium est-il une preuve suffisante pour justifier l'opinion de certains auteurs et refuser de reconnaître le rôle du tréponème dans la pathogénie de ces accidents?

A la vérité, cet argument ne nous paraît pas avoir une grande valeur. On connaît actuellement plusieurs lésions dues, de façon non douteuse, à la syphilis et où l'influence du traitement est nulle. Les sels mercuriels, pour ne citer qu'un exemple, restent bien souvent sans effet sur la leucoplasie linguale et cependant il est actuellement reconnu universellement que c'est bien la syphilis qu'il faut incriminer dans la production de cette affection.

D'autre part, il serait difficile d'admettre que le mercure ou l'iodure de potassium puissent avoir une action quelconque sur des noyaux fibreux définitivement constitués, et dans son ouvrage : *le Chancre et les syphilides*, après avoir exposé le processus pathologique des lésions tertiaires de la syphilis, M. le professeur Gaucher a eu soin d'ajouter ceci : « Il faut savoir d'ailleurs que la sclérose, aussi bien

dans les lèvres que dans la langue et les viscères, est beaucoup plus difficile à guérir que la gomme. » Nous pensons donc que si le traitement est impuissant devant la sclérose organisée de façon définitive, il peut agir jusqu'à un certain point s'il intervient au début de son évolution, alors que le travail de transformation fibreuse n'est pas encore parfaitement achevé.

En conséquence, il nous paraîtrait logique chez un malade ayant eu autrefois la syphilis et présentant quelques troubles dus à la présence d'un noyau fibreux des corps caverneux, d'instituer un traitement mixte de sels mercuriels et d'iodure de potassium et de poursuivre ce traitement pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, avant d'enlever au malade tout espoir de guérison.

En outre, en l'absence de tout accident pouvant justifier la lésion ou de tout autre trouble pouvant faire supposer une syphilis ancienne ou ignorée, il serait intéressant de faire une réaction de Wassermann et même en présence du résultat négatif de la prise de sang, nous ne serions pas éloignés de l'idée de faire un traitement d'épreuve, qui, s'il reste sans résultat, serait absolument inoffensif et lutterait peut-être de façon efficace contre la neurasthénie du malade en lui laissant entrevoir une guérison possible.

Nous avons donc coutume de prescrire dans la sclérose des corps caverneux un traitement mensuel régulier constitué ainsi : dix jours consécutifs d'in-

jections sous-cutanées profondes dans la fesse de benzoate d'hydrargyre à raison de 2 centigrammes par jour de la solution stérilisée au 1/100 : les dix jours suivants 1 gramme d'iodure de potassium à chacun des deux principaux repas et cessation de toute médication pendant les dix derniers jours du mois.

Ce traitement peut être supporté sans inconvénients pendant plusieurs mois par tous les malades, après toutefois qu'une analyse d'urine préalable aura montré le bon fonctionnement du rein.

---



## OBSERVATIONS

---

En raison de la rareté des lésions, le nombre des observations de sclérose des corps caverneux que nous avons pu relever est forcément restreint. Dans sa longue et féconde carrière, Fournier déclare n'en avoir rencontré que 30 cas. Mauriac en donne également 10 observations. Nous avons tenu à reprendre quatre de ces observations, où la syphilis, avouée et reconnue a précédé l'apparition de la sclérose des corps caverneux, et cette syphilis, d'après l'exposé de nos conclusions, a parfaitement pu déterminer les lésions scléreuses, constituant de ce fait des accidents tertiaires chez des malades insuffisamment traités pour la plupart.

### OBSERVATIONS DE MAURIAC

#### OBSERVATION I

*Affection scléreuse des corps caverneux, survenue à la trente et unième année d'une syphilis éteinte depuis vingt-neuf ans. — Guérison d'une première poussée. — Deuxième poussée au bout de deux ans, plus considérable que la première et réfractaire à tout traitement.*

M. X..., cinquante-trois ans, avait eu un chancre infectant à l'âge de vingt-deux ans, suivi de roséole, de plaques

muqueuses et autres accidents secondaires superficiels, dont M. Ricord le soigna, à diverses reprises, dans son service, pendant deux ans. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt-neuf ans, aucune manifestation spécifique, jusqu'au moment où M. X... vient me montrer sur sa verge, à 2 ou 3 centimètres du gland, quelques nodosités dont il s'était aperçu deux jours auparavant. L'une était à droite, l'autre près de la ligne médiane, à la surface supérieure des corps caverneux. Dures, à peu près indolentes, nettement circonscrites, elles n'avaient aucune adhérence avec le fourreau et paraissaient absolument aphlegmasiques. *Je ne pus les rattacher à aucune cause autre que la syphilis.* Aussi je prescrivis de l'iodure de potassium. La verge s'incurvait un peu en haut et à droite pendant les érections.

Deux mois après, ces tumeurs existaient encore, mais elles me semblèrent avoir un peu diminué.

Au bout de trois ans, je revis M. X... qui me raconta que ces nodosités avaient fini par disparaître à la longue, et que la verge était revenue à son état normal pendant les érections ; mais que d'autres tumeurs semblables s'étaient formées de nouveau depuis un an.

Je constatai en effet qu'il y avait une grande plaque de sclérose superficielle un peu en avant du pubis, deux ou trois nodosités profondes et une bande longitudinale dans la gouttière des corps caverneux, qui s'arrêtait à 3 centimètres du gland. La grande plaque avait le diamètre d'une pièce de 1 franc ; elle était un peu douloureuse. Aucune adhérence, aucun processus inflammatoire. Pas la moindre manifestation syphilitique ailleurs.

Santé générale excellente. Forte incurvation de la verge

en haut pendant les érections qui étaient un peu douloureuses. Le calibre de l'organe dans l'éréthisme n'était plus uniforme ; à la base, en arrière des tumeurs, il était très diminué et le pénis paraissait atrophié. Rien dans les testicules (il n'existe aucune solidarité entre la sclérose des corps caverneux et les affections de cette glande).

Ce fut en vain que je fis reprendre de l'iodure et pratiquer des frictions mercurielles sur le fourreau. Les tumeurs ne diminuèrent pas. De guerre lasse, je cessai toute médication et je finis par perdre le malade de vue.

### *Discussion de l'observation I de Mauriac*

Au cours de cette observation, Mauriac reconnaît que la syphilis est la seule cause à laquelle puisse être rattachée les lésions scléreuses qui se sont développées dans le tissu érectile des corps caverneux de son malade, et cependant il la nie, sous prétexte que le traitement spécifique n'a amené aucune amélioration. Le tertiarisme des accidents semble bien manifeste cependant, et l'absence de résultat par un traitement de frictions mercurielles et d'iodure n'est pas suffisant pour rejeter l'étiologie syphilitique. Mauriac en effet ne dit pas pendant combien de temps ce traitement a été suivi, et on ne peut pas affirmer qu'à la longue on ne soit parvenu à enrayer le processus scléreux, car on sait que c'est là une des manifestations les plus rebelles de la syphilis.

## OBSERVATION II

Chez un malade de soixante-trois ans, j'ai obtenu un peu d'amélioration. Il avait une tumeur fibreuse volumineuse sur la face supérieure et médiane des corps caverneux, et sa verge, pendant l'érection, s'incurvait au point de rendre le coït impossible.

Vingt-six ans auparavant, chancre non suivi d'accidents constitutionnels; néanmoins, je prescrivis de l'iodure de potassium à hautes doses.

Cinq mois après, la tumeur avait diminué de moitié, et la verge ne s'incurvait presque plus.

J'ignore si la guérison a été complète plus tard. J'en doute.

### *Discussion de l'observation II de Mauriac*

Dans cette observation encore, on ignore le traitement suivi au début par le malade, la syphilis paraît avoir été seule en cause pour donner naissance à la sclérose caverneuse, et d'ailleurs l'action des antisypilitiques vient confirmer notre théorie.

### OBSERVATION III

*Sclérose sous forme d'une bandelette fibreuse avec nodosités s'étendant sur la ligne médiane supérieure des corps caverneux, depuis leur base jusqu'au gland, survenue spontanément chez un homme de soixante ans, à antécédents syphilitiques obscurs et éloignés.*

M. X..., âgé de soixante ans, croit avoir eu la syphilis vers l'âge de vingt-huit ans et autres accidents, tous légers : du psoriasis palmaire et des plaques muqueuses ; mais ces antécédents sont fort obscurs. Plusieurs blennorragies dont la dernière à quarante-cinq ans.

Quand il vint me consulter, il y avait un an que sa verge s'incurvait pendant les érections et décrivait une courbe à concavité supérieure qui, depuis, s'était accentuée de plus en plus. En même temps elle avait diminué de calibre à sa base et sur diverses parties de sa longueur, excepté au gland. Aucune douleur du reste, ni pendant le coït, ni pendant les érections.

Il n'existait pas chez lui la plus petite trace de syphilis, ancienne ou récente. Aucune lésion des organes génitaux qui n'avaient jamais été blessés par aucune violence extérieure.

L'affection dont il était atteint paraissait donc être produite spontanément. Je constatai sur la face dorsale des corps caverneux une bande de sclérose occupant la ligne médiane ; elle était entrecoupée de nodosités et s'étendait depuis la base de la verge jusqu'à celle du gland. Les érections n'avaient pas diminué d'énergie ni de fréquence ; mais l'arc de cercle décrit par la verge était très prononcé et sa pointe venait toucher

l'abdomen, ce qui rendait le coït assez difficile. Indolence complète de la lésion nettement limitée au milieu du tissu érectile.

Je prescrivis 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium à prendre chaque jour, avec des interruptions toutes les deux ou trois semaines. Cette médication ne produisit aucun résultat et, au bout d'un an, je constatai que la sclérose était dans le même état et avait même un peu augmenté.

Je ne découvris dans la santé de M. X... aucune circonstance morbide, locale ou générale de nature à m'éclairer sur l'étiologie de cette singulière affection.

### *Discussion de l'observation III de Mauriac*

Quoique Mauriac n'accuse pas ici la syphilis d'avoir occasionné la sclérose, il paraît plus que probable qu'elle lui est imputable, car elle a suivi l'ordre chronologique habituel de la syphilis et ne s'est développée que très tardivement après les accidents secondaires (plaques muqueuses, syphilides psoriasiformes des mains).

D'autre part le traitement était très hasardé et devait n'être suivi d'aucun résultat, puisque le malade ne commença à se soigner qu'un an après l'apparition des troubles, alors que la sclérose était déjà constituée.

#### OBSERVATION IV

*Sclérose partielle du corps caverneux droit au huitième mois  
d'une syphilis très bénigne*

M. X., vingt-deux ans et demi, avait senti, huit mois après avoir contracté un chancre syphilitique, une vague douleur pendant les érections et il avait constaté que sa verge présentait une sorte d'échancrure, de dépression à droite et de déviation dans le même sens. Il disait avoir eu de l'alopecie et des plaques muqueuses ; mais je dois avouer que je ne constatai chez lui aucune trace de vérole ancienne ou récente. Le malade était très affirmatif sur l'absence de toute cause traumatique. Il avait eu déjà deux blennorragies légères.

Malgré mes doutes sur l'existence de la syphilis, je le soumis à un traitement spécifique fortement ioduré. Malheureusement je perdis ce malade de vue et j'ignore quelle action ont eu le mercure et l'iodure sur cette sclérose prématurée.

Quelle était la vraie cause de cette sclérose ?

#### *Discussion de l'observation IV de Mauriac*

Là encore, Mauriac hésite non seulement à reconnaître l'étiologie syphilitique de la sclérose caverneuse, mais il met même en doute la syphilis du malade sans d'ailleurs fournir aucune raison de ce doute.

Il nous semble, au contraire, qu'elle est la seule

en cause et que dans ce cas la sclérose est une manifestation tertiaire précoce, ainsi que nous le faisons remarquer au cours de notre étude et comme il arrive fréquemment.

Fournier n'a-t-il pas écrit : « La période tertiaire de la syphilis n'est pas susceptible d'une définition véritable et cela pour de nombreuses raisons. Ce qu'on peut en dire de plus général est ceci : c'est une étape qui fait suite chronologiquement à l'étape dite secondaire et qui a pour caractère de se traduire par un ordre spécial de lésions de modalité hyperplasique, lésions aboutissant soit à la sclérose, soit à la gomme. »

Ajoutons enfin qu'il eût été intéressant de faire une séro-réaction aux autres malades dont Mauriac publie les observations et qui n'auraient pas présenté d'antécédents syphilitiques. Malheureusement la réaction de Wassermann n'était pas encore connue et il est possible que la syphilis soit restée ignorée.

#### OBSERVATION PERSONNELLE

X..., trente-cinq ans, représentant de commerce, est atteint de syphilis depuis dix ans lorsqu'il se présente à la consultation de la polyclinique de l'hôpital Saint-Louis le 22 décembre 1915. Il a eu successivement un chancre induré de la verge, de la roséole et des plaques muqueuses buccales, s'est soigné à peu près régulièrement pendant trois ans par des pilules d'hydrargyre.

Il avait cessé tout traitement depuis environ six ans et n'avait jamais remarqué d'autres accidents depuis ceux du début de la maladie, lorsqu'il s'aperçut d'une déformation de la verge au cours de l'érection. Normale dans ses deux tiers postérieurs, celle-ci se relevait brusquement vers son extrémité et se dirigeait légèrement à gauche, formant ainsi un angle obtus et rendant difficiles et douloureux les rapports sexuels. Le malade constata alors à l'intérieur de la verge, à l'état de flaccidité, une petite tumeur située à droite et en arrière du gland qui, progressivement, augmenta de volume, accentuant davantage la déviation au moment de l'éréthisme et pour laquelle il se décide à venir consulter.

L'examen superficiel ne révèle aucune lésion, mais à la palpation on perçoit, au sein même du tissu mou du corps caverneux droit, une masse dure allongée transversalement suivant l'axe de la verge, du volume d'une olive, placée à 1 centimètre environ du sillon balano-préputial. Cette masse est indolente et la pression n'amène aucune douleur. Le gland, l'urèthre sont indemnes et il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

On prescrit alors le traitement suivant : dix jours par mois une injection quotidienne sous-cutanée profonde dans la fesse de 2 centimètres cubes de la solution stérilisée de benzoate d'hydrargyre au centième, dix jours d'iodure de potassium à raison de 2 grammes par jour et dix jours de repos.

Après deux mois de traitement, le malade n'éprouve aucune amélioration. La déformation pendant l'érection est de plus en plus complète. Le malade en fait un dessin de « ligne

brisée » en zigzag et se trouve très affecté de cet état de choses qui lui interdit tout coït.

La tumeur initiale n'a pas sensiblement augmenté de volume, mais dans l'étendue du corps caverneux droit se sont développés deux autres noyaux analogues, cependant plus petits que le premier. Du côté gauche également, près de la racine de la verge, on constate une petite tumeur semblable. Le malade n'éprouve de gêne que pour les rapports sexuels, l'émission de l'urine est normale et l'état général reste excellent.

La verge au repos n'accuse nullement ces indurations, la peau du fourreau est indemne et n'adhère pas aux néo-formations sous-jacentes qui restent enfoncées dans la profondeur du tissu érectile et que, seule, la palpation entre le pouce et l'index permet de révéler.

Il n'existe aucun autre accident en rapport avec l'ancienne affection du malade.

La réaction de Wassermann donne un résultat positif.

On continue le traitement indiqué précédemment, mais, jusqu'ici, nous n'avons constaté aucune amélioration des lésions, qui restent stationnaires.

OBSERVATIONS COMMUNIQUÉES  
PAR LE PROFESSEUR GAUCHER

OBSERVATION I

Homme, soixante-treize ans. Syphilis il y a vingt-cinq ans, a eu il y a dix ans, une petite tumeur de la base de la verge, considérée comme gomme par Fournier et guérie par le traitement.

Présente actuellement, depuis environ un mois, une nodosité dure, du volume d'un gros pois, sur le corps caverneux gauche en arrière du gland. Dans leur ensemble, les deux corps caverneux sont indurés. Traitement mixte, friction et iode. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION II

Homme, quarante-trois ans. Syphilis il y a dix ans, induration nodulaire des corps caverneux. A la racine de la verge, en avant, volume d'une petite noisette.

Rigidité des corps caverneux dans leur ensemble.

Traitement mixte.

Le malade n'a pas été revu.

### OBSERVATION III

Homme, cinquante ans, veuf, veut se marier. Il est très inquiet car il n'a que des érections insuffisantes, et sa verge est en incurvation antéro-postérieure très prononcée.

A la palpation, les deux corps caverneux sont durs, et de distance en distance, des petites nodosités comme des pois.

Traitement mixte : injection et iodure.

Au bout d'un an, les nodosités avaient disparu, l'induration avait diminué, mais l'incurvation excessive de la verge persistait toujours pendant l'érection, néanmoins le malade a pu se marier.

### OBSERVATION IV

Homme, cinquante-huit ans, dont la syphilis remonte à l'âge de vingt-huit ans.

Induration fibreuse, diffuse, des corps caverneux, établie insidieusement et accompagnée d'une nodosité transversale, grosse comme le bout du doigt, siégeant en arrière du gland, occupant les deux corps caverneux et perceptible au toucher.

Incurvation antéro-postérieure de la verge pendant l'érection.

Par un traitement exclusivement pilulaire pendant trois mois et de l'iodure de potassium, la nodosité a complètement disparu, mais l'induration persiste, quoique très diminuée. L'incurvation pendant l'érection existe encore, mais les érections et le coït sont possibles.

## CONCLUSIONS

---

Adoptant quelques-unes des conclusions de Mauriac, nous dirons ceci :

1° La sclérose des corps caverneux est constituée par la transformation partielle en tissu fibreux du tissu érectile de ces organes ;

2° Cette transformation ou dégénérescence se fait sous forme de noyaux, de plaques, de cordons de bandes, ou des infiltrations diffuses, qui occupent les couches supérieures les plus superficielles du tissu érectile des corps caverneux et leurs bords ;

3° La sclérose des corps caverneux est toujours identique à elle-même. Elle se développe la plupart du temps d'une façon sourde et insidieuse. Indolente et aphlegmasique, elle ne donne lieu qu'à très peu de phénomènes subjectifs ;

4° Les symptômes consistent dans des déviations des incurvations, des déformations de la verge, pendant l'érection ;

5° Ces déviations et incurvations sont latérales ou supérieures. Elles ne se produisent jamais de haut en bas comme dans certaines blennorrhagies aiguës ;

6° Outre les déformations pendant la turgescence

pénienne, il y a diminution dans le calibre de l'organe en quelques points, affaiblissement de la rigidité érectile, collapsus du sens génital ;

7° Il en résulte des troubles plus ou moins graves qui gênent ou empêchent l'acte du coït et exercent une action psychique réflexe fâcheuse sur le moral des malades ;

8° Les causes de cette affection sont encore obscures. D'après les auteurs, elles peuvent être diverses : traumatisme, blennorrhagie, sénilité ou certaines diathèses ; arthritisme, goutte, diabète, mais d'après nos observations, il est certain que la sclérose des corps caverneux doit être uniquement rattachée, étiologiquement à la syphilis. A côté du syphilome tertiaire ulcéré, de la gomme, la syphilis produit d'autres lésions essentiellement scléreuses, qui ont d'autant plus de chance de suivre cette évolution que les tissus qui en sont atteints sont mieux nourris et plus largement vascularisés ;

9° Le tissu érectile des corps caverneux remplissant ces différentes conditions, il est tout naturel que le virus syphilitique y détermine par irritation vasculaire le processus de sclérose habituelle. On n'a, d'ailleurs, jamais observé à ce niveau de gommes ulcérées ;

10° La date d'apparition de la sclérose caverneuse chez les syphilitiques est toujours en rapport avec l'âge de leur syphilis et correspond bien à la période tertiaire ;

11° L'évolution de la sclérose caverneuse est

excessivement lente et ne présente que des modifications insensibles pendant des mois et des années, la plupart du temps la dégénérescence fibreuse est définitive, immuable, malgré les traitements anti-syphilitiques;

12° Cependant le traitement par les sels d'hydrargyre et l'iodure de potassium peut amener sinon la guérison complète et définitive des accidents, du moins une amélioration sensible, s'il intervient avant que le travail de sclérose soit définitivement constitué;

13° En présence de sclérose du tissu érectile des corps caverneux chez des malades atteints de syphilis même ancienne, il est nécessaire d'instituer un traitement mixte composé de sels mercuriels et d'iodure de potassium : soit par exemple des séries alternatives d'injections de sels solubles d'hydrargyre et d'iodure de potassium à raison de 2 grammes par jour. Ce traitement prescrit à l'apparition des premiers troubles, devra être continué plusieurs mois;

14° Si l'origine de la sclérose est incertaine enfin, il sera utile de faire une réaction de Wassermann et même en présence d'un résultat douteux, on pourra faire un traitement antisiphilitique d'épreuve, qui, s'il n'amène pas de résultat, aura pour effet de combattre les troubles névropathiques des malades en leur donnant quelque espoir de guérison.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Jullien.* — Traité pratique des maladies vénériennes.  
*Cruceilhaer.* — Anatomie pathologique.  
*Mauriac.* — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire.  
*Fournier.* — Traité de la syphilis.  
*Gaucher.* — Le Chancre et les syphilides  
— Syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur.

Vu : le Doyen,  
**LANDOUZY**

Vu : le Président de la thèse,  
**E. GAUCHER**

Vu et permis d'imprimer  
Le Recteur  
**LIARD**

LIBRARY

Exposition des sciences et des lettres  
Général — le Gouvernement les a publiées  
Partielles — l'Académie de la capitale  
L'Académie de la capitale les a publiées  
L'Académie de la capitale les a publiées  
L'Académie de la capitale les a publiées

LIBRARY

LIBRARY

LIBRARY